

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR

LYNDA BISSONNETTE

COGNITIVE BIBLIOTHERAPY FOR GERIATRIC DEPRESSION:

PREDICTORS OF IMPROVEMENT

(BIBLIOTHÉRAPIE DE LA DÉPRESSION CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES:

PRÉDICTEURS DE LA RÉPONSE AU TRAITEMENT)

JUIN 1996

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Ce document est rédigé sous la forme d'un article scientifique, tel qu'il est stipulé dans les règlements des études avancées (art. 16.4) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. L'article a été rédigé selon les normes de publication d'une revue reconnue et approuvée par le Comité d'études avancées en psychologie. Le nom du directeur de recherche pourrait donc apparaître comme co-auteur de l'article soumis pour publication.

### Abstract

Although cognitive bibliotherapy is useful for alleviating depressive symptoms in older adults, little is known about the client characteristics related to improvement with this form of treatment. This information could help clinicians predict individual response to bibliotherapy. Holland's RIASEC model can be helpful in characterizing response to different treatment environments as a function of personality types. It has been suggested that persons with Realistic, Investigative, or Conventional personality orientations respond favorably to a self-help treatment format. We tested this hypothesis with 40 older adults ( $M$  age = 71) who participated in a four-week cognitive bibliotherapy program. Participants were assessed before treatment using the Self-Directed Search (SDS; Holland, 1991) and other measures. A significant reduction in depressive symptoms was observed after treatment. Although the hypothesis was not confirmed, results show that subjects who show the most improvement were less depressed before treatment, scored lower on the Enterprising scale of the SDS, received less support from their families, and perceived their health as poorer.

### Remerciements

Je tiens à remercier Philippe Landreville, Ph.D., d'avoir accepté la direction de cette recherche et pour l'appui financier qu'il y a accordé par l'entremise du Fonds FCAR.

Je remercie également Michel Alain, Ph.D. et Jacques Baillargeon, Ph.D. pour leurs conseils et leur expertise statistique.

Le déroulement de cette recherche a été grandement facilité par l'excellente contribution de Steeve Groleau, Annie Corriveau et Annie Stipanivic pour leur travail d'interviewer.

Enfin, je tiens à remercier tout particulièrement les participants au traitement pour leur collaboration précieuse et indispensable, ainsi que tous les professionnels ayant référé des sujets et leurs organismes respectifs.

## Table des matières

Abstract . . . . .	iii
Remerciements . . . . .	iv
Résumé . . . . .	1
Cognitive bibliotherapy for geriatric depression: Predictors of improvement . . . . .	15
Method . . . . .	21
Participants . . . . .	21
Measures . . . . .	22
Demographics . . . . .	22
Personality . . . . .	22
Depressive symptoms . . . . .	23
Expectations of change . . . . .	24
Social support . . . . .	24
Self-rated health status . . . . .	24
Other measures . . . . .	24
Procedure . . . . .	24
Results . . . . .	25
Descriptive statistics . . . . .	25
Treatment effects . . . . .	26
Continuous variables . . . . .	26
Nominal variables . . . . .	26
Discussion . . . . .	27
References . . . . .	34
Tables . . . . .	41
Figures . . . . .	43

## Résumé

La dépression compte parmi les problèmes de santé mentale les plus répandus chez les personnes âgées (National Advisory Council on Aging, 1989, 1990; Ruegg, Zisook & Swerdlow, 1988). De plus, les personnes atteintes d'une maladie chronique ou d'une incapacité physique sont plus susceptibles de présenter des symptômes dépressifs que les personnes en meilleure santé (Turner & Noh, 1988). Comme près de la moitié des personnes ayant une incapacité ont plus de 65 ans (Wedgewood, 1985) et que 52% des adultes de plus de 75 ans présentent des limitations dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne (Federal Council on the Aging, 1981), le besoin de traitements efficaces et adaptés à cette population devient évident.

Bien qu'ils soient efficaces, les antidépresseurs sont souvent d'une utilité limitée auprès des personnes âgées étant donné la possibilité d'interactions médicamenteuses et le fait que certains clients refusent de prendre ces médicaments (Gallagher & Thompson, 1983; Ruegg, Zisook & Swerdlow, 1988; Scogin & McElreath, 1994; Mintz, Steuer & Jarvik, 1981). Cependant, un traitement psychologique présenté sous forme de bibliothérapie, soit l'utilisation d'un document écrit servant à traiter des problèmes psychologiques (Craighead, McNamara & Horan, 1984) est plus accessible et ne comporte pas les risques inhérents à la pharmacothérapie. Un avantage important de cette approche repose sur le fait que chaque individu peut avancer à son propre rythme (Scogin, Hamblin & Beutler, 1987), tout en révisant le matériel à sa propre

convenance (Christensen, Miller & Muñoz, 1978; Craighead et al., 1984; Ellis, 1993).

De plus, la bibliothérapie est économique puisqu'elle ne nécessite qu'un contact thérapeutique minimal.

Les thérapies cognitive (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) et comportementale (Brown & Lewinsohn, 1984) de la dépression sont très structurées et possèdent des objectifs clairs. Conséquemment, elles se prêtent bien à une présentation sous forme de bibliothérapie. Les études qui ont examiné l'efficacité de cette approche auprès de personnes âgées dépressives rapportent une amélioration significative des symptômes chez 66% des sujets (Scogin et al., 1987; Scogin, Jamison & Gochneaur, 1989) avec une amélioration thérapeutique se maintenant jusqu'à deux ans après l'intervention (Scogin, Jamison & Davis, 1990). Ces résultats reflètent les taux d'efficacité rapportés lors de méta-analyses portant sur les traitements auto-administrés (Gould & Clum, 1993; Scogin, Bynum, Stephens & Calhoon, 1990).

Bien que la bibliothérapie offre des avantages pour le traitement de la dépression chez les personnes âgées, il faut noter que les caractéristiques des meilleurs candidats à une intervention auto-administrée demeurent peu connues (Scogin, Bynum et al., 1990; Teri, Curtis, Gallagher-Thompson & Thompson, 1994). Cette information permet au clinicien de déterminer si le traitement convient au client ce qui, en retour, permet d'éviter de recommander un traitement inefficace ou même nuisible (Christensen et al., 1978; Craighead et al., 1984; Niederehe, 1994).

Holland (1985a) a proposé un modèle qui peut servir à l'étude de l'interaction



entre l'individu et le milieu thérapeutique et qui peut donc s'avérer utile pour prédire la réponse à la bibliothérapie. Selon Holland (1985b), les individus qui présentent différents types de personnalité fonctionnent différemment selon les milieux dans lesquels ils se trouvent. Le degré de congruence entre un individu et un milieu est estimé à partir du modèle hexagonal «RIASEC» présenté à la Figure 1. Ce modèle est composé de six dimensions regroupant chacune des caractéristiques psychologiques utilisées pour décrire les individus et les milieux. Plus deux types sont rapprochés sur l'hexagone, plus ils possèdent des caractéristiques semblables. Inversement, plus ils sont éloignés l'un de l'autre, plus leurs caractéristiques sont différentes. Selon ce modèle, les comportements de l'individu sont largement influencés par la congruence entre le milieu et l'individu selon le profil RIASEC de chacun de ceux-ci. Donc, plus la distance entre le type de personnalité et le type de milieu est court, plus la congruence sera grande (Costa, McCrae & Holland, 1984). Par exemple, une personne à forte tendance R et un milieu à prédominance R seront parfaitement congruents, alors qu'un individu de tendance R dans un milieu fortement S est dans la situation la plus incongruente. Bruch (1978) a suggéré que les individus à orientation réaliste (R), conventionnelle (C), ou investigatrice (I) devraient répondre favorablement à une intervention auto-administrée. Les individus ayant une forte tendance vers ces types présentent certaines des caractéristiques qui suivent: intellectuel, indépendant, solitaire, manque d'introspection, rationnel, réservé, conformiste, inhibé, etc. Les approches composées d'instructions simples, d'exemples et d'exercices sont désirables auprès de

ces individus car ils préfèrent les activités structurées et le passage à l'action plutôt que les activités symboliques ou introspectives. Les programmes auto-administrés seraient donc mieux adaptés à la personnalité des individus qui préfèrent interagir avec les objets plutôt qu'avec les gens (R, C) et qui préfèrent les activités structurées (I).

Mahalik et Kivlighan (1988) ont déjà démontré que le type de personnalité R est associé à l'amélioration dans le cadre de la bibliothérapie cognitive-comportementale de la dépression. Cependant, ces résultats ont été obtenus auprès d'étudiants de niveau universitaire qui, même s'ils présentaient des symptômes dépressifs, ne consultaient pas pour ce problème. Par conséquent, il est impossible de déterminer si ces résultats s'appliquent aux personnes âgées qui demandent un traitement pour la dépression.

L'objectif principal de la présente étude est d'identifier les caractéristiques de la typologie de Holland (1985a; 1985b) associées à la réponse à la bibliothérapie de la dépression chez les personnes âgées. La réponse au traitement est évaluée en fonction de la diminution des symptômes dépressifs. Il est prédit que plus les types R, C ou I sont marqués, plus la diminution des symptômes est importante. Il est aussi prédit que plus les types de personnalité A, S et E sont marqués, moins la diminution des symptômes est importante. De plus, certaines variables associées à l'amélioration thérapeutique lors de recherches antérieures sont incluses afin d'analyser leur relation à la diminution des symptômes dépressifs. Ces variables sont la scolarité (Scogin et al., 1989), le soutien social (Hoberman, Lewinsohn & Tilson, 1988; Steinmetz, Lewinsohn & Antonuccio, 1983) les attentes face au traitement (Sotsky et al., 1991; Steinmetz et

al., 1983; Thompson & Gallagher, 1984), le niveau de dépression avant le traitement (Steinmetz et al., 1983), le caractère endogène des symptômes dépressifs (Gallagher & Thompson, 1983; Sotsky et al., 1991; Thompson & Gallagher, 1984) et le diagnostic de dépression majeure (Leung & Orrell, 1993). Enfin, une dernière variable, l'état de santé subjectif, a été ajoutée étant donné la pertinence apparente de la bibliothérapie auprès des personnes âgées souffrant d'incapacités.

## Méthode

### Participants

Cette étude a été réalisée dans le cadre d'une recherche sur les effets de la bibliothérapie au sein des personnes âgées ayant une incapacité (Landreville & Bissonnette, 1996). Les sujets devaient être âgés de 55 ans et plus, demeurer à domicile et présenter une incapacité physique limitant soit leur mobilité, leurs activités de la vie quotidienne ou leurs activités de la vie domestique. Ils devaient obtenir un résultat égal ou supérieur à 11 sur l'Échelle de dépression gériatrique (EDG; Bourque, Blanchard & Vézina, 1990) et être capables de lire un texte écrit sans difficulté majeure. Les sujets devaient aussi répondre aux critères suivants: (a) ne pas participer à une autre psychothérapie, (b) ne pas prendre d'antidépresseurs sinon la dose était stable depuis au moins trois mois, (c) ne pas présenter de signes d'alcoolisme, d'abus de drogues ou de médicaments, (d) ne pas présenter de risque suicidaire, (e) ne pas présenter de trouble bipolaire ou psychotique et (f) ne pas présenter de signes de détérioration cognitive (résultat égal ou supérieur à 24 au «Mini Mental State Examination» (MMSE; Folstein,

Folstein & McHugh, 1975).

Le recrutement des sujets s'est fait par le biais d'annonces dans les journaux et les CLSC, ainsi que de lettres envoyées aux médecins omnipraticiens, aux centres de bénévolat, aux psychologues et aux presbytères des régions de Trois-Rivières, Montréal et Québec. Le traitement a été offert de novembre 1993 à janvier 1995, et l'échantillon final était composé de 40 participants.

Les sujets étaient âgés de 57 à 89 ans, avaient complété de 2 à 19 années d'études et 97.5% d'entre eux étaient à la retraite. Des sujets qui ont complété le traitement, 80% étaient des femmes. Quarante pour-cent des sujets vivaient maritalement, 37.5% étaient veufs ou veuves et 22.5% étaient séparés, divorcés ou célibataires. Le revenu annuel familial des sujets qui ont fourni cette information ( $N = 39$ ) était de moins de 10 000\$ pour 17.5% d'eux, de 10 000\$ à 19 999\$ pour 42.5% d'eux, et de 20 000\$ et plus pour 40% d'eux.

### Instruments de mesure

Fiche signalétique. Servant à mesurer l'âge, le sexe, l'état civil, le revenu annuel familial, la scolarité et le statut de retraité.

Personnalité. L'Orientation professionnelle par soi-même (OPSM; Holland, 1991).

Symptômes dépressifs. L'EDG (Bourque et al., 1990).

L'Inventaire pour diagnostiquer la dépression (IDD; Zimmerman, Coryell, Corenthal & Wilson, 1986; Zimmerman & Coryell, 1987) a été traduit pour les besoins de cette recherche selon une technique de traduction inversée proposée par Vallerand

(1989).

Attentes. Pour mesurer les attentes face au traitement, le sujet a indiqué le degré auquel il croyait que le traitement l'aiderait à surmonter sa dépression.

Soutien social. Le soutien social provenant de la famille a été mesuré à partir de deux questions. Premièrement, le sujet indiquait le degré auquel il pouvait compter sur des membres de sa famille pour lui donner de l'aide lors de moments difficiles. Ensuite, il indiquait le degré auquel il pouvait compter sur des membres de sa famille pour l'écouter et l'encourager lors de moments difficiles. Le soutien social des amis a été mesuré à partir des deux même questions, mais elles s'appliquaient aux amis.

Santé subjective. La question suivante servait à évaluer la perception qu'avait le sujet de son état de santé: «De façon générale, comment évaluez-vous votre état de santé?».

Autres mesures. Le MMSE (Folstein et al., 1975).

De plus, le sujet devait indiquer combien de chapitres du livre il avait lus.

### Procédure

Les sujets ont demandé à recevoir le traitement, lequel était offert gratuitement en échange de la participation à la recherche. Les sujets potentiels ont été évalués une première fois au téléphone afin de vérifier les critères de participation et d'exclusion de l'étude. Par la suite, les sujets admissibles ont été évalués à leur domicile. Lors de cette entrevue, les sujets ont signé une formule de consentement et ont répondu au MMSE, à la fiche signalétique, à l'OPSM, à l'EDG, à l'IDD, et aux questions portant sur les attentes face au traitement, le soutien social et leur état de santé. À la fin de l'entrevue,

les sujets ont reçu un exemplaire du livre «Être bien dans sa peau» (Burns, 1992), lequel ils ont été invités à lire intégralement à l'intérieur d'un mois. Pendant la période de traitement, les sujets ont été contactés par téléphone sur une base hebdomadaire. Ces appels servaient à évaluer leur progrès de façon informelle et à répondre aux questions portant sur le matériel écrit. Les appels ne dépassaient pas 15 minutes et les sujets n'étaient pas conseillés pendant ce temps. À la fin du traitement les sujets ont répondu à l'EDG et à l'IDD, et on leur a demandé combien de chapitres du livre ils avaient lus.

## Résultats

### Statistiques descriptives

Les statistiques descriptives des variables à l'étude sont présentées au Tableau 1. La Figure 2 présente la distribution des sujets selon leur score le plus élevé aux échelles de l'OPSM, ce qui représente leur type de personnalité dominant.

### Effet du traitement

L'effet du traitement a été établi à l'aide d'un test-t à mesures répétées sur les scores à l'EDG. Les scores moyens sont de 18.98 ( $\text{ÉT} = 4.54$ ) et 16.50 ( $\text{ÉT} = 5.70$ ) avant et après le traitement respectivement. La différence entre ces scores est significative ( $t(39) = 3.05$ ,  $p < .01$ ), ce qui indique une amélioration des symptômes dépressifs durant le traitement.

### Variables continues

La corrélation entre les symptômes dépressifs mesurés avant et après le traitement est significative,  $r = .52$ ,  $p < .001$ . Ainsi, plus le niveau de dépression

initial est élevé, plus le niveau de dépression après le traitement est également élevé. Cette corrélation étant significative, des corrélations partielles contrôlant pour le niveau de dépression initial ont été effectuées pour déterminer si les variables continues sont reliées de façon indépendante à l'amélioration des symptômes en cours de traitement (voir Tableau 2). Après avoir contrôlé pour le niveau de dépression initial, on observe qu'une amélioration plus importante des symptômes est associée à une personnalité de type entreprenant (E) moins marquée, à moins de soutien familial et à une meilleure santé physique.

### Variables nominales

Une analyse de variance (ANOVA) à mesures répétées a été effectuée pour mesurer le lien entre les symptômes à caractère endogène et l'issue du traitement. Sept sujets (17.5%) souffraient de symptômes à caractère endogène. Les résultats n'indiquent aucun effet d'interaction entre ces symptômes et le temps (pré-post),  $F(1,38) = 1.36, p = .25$ . Une ANOVA a été réalisée pour déterminer si le diagnostic de dépression majeure est associé au changement dans les symptômes dépressifs en cours de traitement. Vingt-deux sujets (55% de l'échantillon) répondaient aux critères de dépression majeure avant le traitement. Le résultat de cette ANOVA ne révèle aucun effet d'interaction entre le diagnostic et le temps,  $F(1,38) = .92, p = .34$ .

### Discussion

Comme d'autres chercheurs (Hoberman et al., 1988), nous avons trouvé que moins le niveau de sentiments dépressifs est élevé avant le traitement, moins il est élevé

à la fin du traitement. Les individus moins dépressifs sont sûrement mieux disposés à lire et à se concentrer, ce qui leur permet de bénéficier davantage de la bibliothérapie. Les gens plus dépressifs, eux, auraient besoin de plus de soutien et d'encouragement, ainsi que d'un suivi plus soutenu afin de bénéficier d'un traitement psychologique.

La première hypothèse portant sur les types de personnalité R, C et I du modèle RIASEC n'est pas confirmée. Cependant, la corrélation positive entre le type entreprenant (E) et le score post-test sur l'EDG appuie partiellement la deuxième hypothèse selon laquelle la variable E est reliée significativement au niveau de dépression à la fin du traitement. Les individus de type E sont décrits comme agressifs, autoritaires, possédant des habiletés de leadership et préférant les activités qui exigent la manipulation des autres afin d'arriver à des buts organisationnels ou au gain économique. Ces caractéristiques sont contraires à l'approche cognitive qui favorise le changement de l'individu plutôt que du milieu. Ce résultat reprend ceux de Mahalik et Kivlighan (1988) qui ont trouvé que les individus à forte tendance vers ce type sont moins aptes à effectuer les exercices exigés par la bibliothérapie.

L'absence de relations significatives entre les autres variables du modèle RIASEC, en particulier les types R, C et I, et le résultat du traitement ne concorde pas avec les prévisions de Bruch (1978) et les résultats de Mahalik et Kivlighan (1988). L'utilité du modèle RIASEC de Holland (1985a, 1985b) pour prédire l'amélioration thérapeutique auprès des personnes âgées est donc remise en question. D'autre part, sous sa forme actuelle, l'OPSM est peut-être moins sensible aux types de personnalité



des personnes âgées qu'aux types des plus jeunes. Puisque l'OPSM réfère à des activités et à des préférences reliées aux milieux de travail, il est possible que les retraités considèrent les questions comme étant trop éloignées de leurs intérêts présents. De plus, la majorité des participants étant des femmes âgées, il est probable que plusieurs d'entre elles n'ont jamais occupé un emploi à l'extérieur de la maison et connaissent peu ce que certaines des activités de l'OPSM impliquent. Enfin, puisque les sujets de cette étude devaient avoir une incapacité pour être admissibles au traitement, il se peut qu'ils aient répondu en fonction de leurs capacités actuelles plutôt qu'en fonction de leurs préférences. Les recherches futures devraient déterminer la meilleure façon d'évaluer les types de personnalité et reprendre cette étude.

Par ailleurs, il est important de souligner que les prévisions de Bruch (1978) sont basées sur l'orientation globale de la personnalité plutôt que sur des dimensions distinctes du modèle RIASEC. En d'autres mots, les types de personnalité dominants pourraient être de meilleurs prédicteurs de l'amélioration à la suite d'un traitement auto-administré que le sont les dimensions individuelles de la personnalité. Cette perspective engendre la comparaison de groupes d'individus ayant des orientations de personnalité dominantes spécifiques. Selon les prévisions de Bruch, ceci voudrait dire de comparer des individus pour qui le type dominant est R, I ou C à ceux présentant les types S, E ou A. Malheureusement, une telle comparaison est difficile auprès de notre échantillon puisque le premier groupe ne comprend que six individus. Cependant, des recherches futures pourraient étudier cette question en assurant une représentation

adéquate de chacun des types de personnalité RIASEC.

Moins le niveau de soutien familial est élevé, plus le niveau de sentiments dépressifs à la fin du traitement est faible. Ce résultat diverge de ceux rapportés par Steinmetz et al. (1983) qui ont trouvé qu'une plus grande amélioration était associée à la perception de plus de soutien social. Comme Hansson et Carpenter (1994) et Hoberman et al. (1988) l'ont souligné, le soutien social peut devenir une arme à double tranchant s'il engendre trop d'exigences auprès d'un individu. Il devient alors un stressor et contribue à maintenir la dépression. Il est possible, également, que les individus qui disposent de moins de soutien familial sont plus attirés par les activités solitaires comme la lecture, et profitent donc davantage de la bibliothérapie.

Plus l'état de santé est perçu comme bon, moins le niveau des symptômes dépressifs est élevé à la suite du traitement. Ce résultat reflète peut-être un souci excessif de la part des individus qui perçoivent leur santé comme mauvaise, ce qui les laisserait sans l'énergie nécessaire pour effectuer les lectures et les exercices du livre.

Les sujets souffrant de symptômes dépressifs à caractère endogène s'améliorent autant que les sujets n'en souffrant pas. Cependant, à cause du peu de sujets rencontrant les critères pour ce type de dépression, il est nécessaire d'interpréter ce résultat prudemment. Pourtant, ce résultat demeure appréciable si l'on tient compte du fait que les symptômes à caractère endogène sont souvent perçus comme étant plus résistants à la psychothérapie car l'on considère que ce type de dépression est d'origine biologique (Kaplan & Sadock, 1991, p.374). Il en va de même pour les individus

souffrant de dépression majeure, pour qui le traitement de choix est habituellement la pharmacothérapie menée de concert avec la psychothérapie. Dans les cas où la médication est contre-indiquée, la bibliothérapie devient une alternative avantageuse.

L'absence de relation significative entre l'amélioration et les attentes du client peut être une indication de la complexité du concept même des attentes de changement. À la suite d'une recension des écrits sur cette question, Garfield (1986) a souligné qu'une mesure trop rudimentaire des attentes peut s'avérer inefficace et ne tient pas compte de l'ensemble des types d'attentes pertinents et de leurs interactions possibles. Notre mesure portait seulement sur le degré auquel le sujet croyait que le traitement l'aiderait à surmonter sa dépression. Nous n'avons pas évalué le degré auquel le client lui-même se croyait capable de faire les lectures et les exercices recommandés dans le manuel. En outre, il est possible que l'amélioration soit prédite par la combinaison d'attentes élevées du client par rapport au traitement et à sa propre capacité de l'utiliser plutôt que par l'une ou l'autre de ces attentes prises individuellement.

La quantité de chapitres terminés à la fin du traitement ne prédit pas le changement dans le niveau des sentiments dépressifs. Une interprétation de ce résultat serait que l'important n'est pas de lire le livre en entier, mais de bien comprendre et assimiler ce qui a été lu. Il serait alors nécessaire, lors d'études futures, de mesurer le niveau de compréhension et d'assimilation du matériel. Un autre résultat appréciable est l'absence de lien entre le niveau de scolarité et la diminution des symptômes dépressifs. C'est dire que peu importe le nombre d'années d'études terminé, les sujets se sont

améliorés à peu près également. Il faut noter que plusieurs personnes âgées ont continué de s'instruire tout au long de leur vie et sont donc habilitées à bien assimiler les lectures et les exercices exigés dans le cadre la bibliothérapie.

Les limites de la présente étude imposent une certaine prudence dans l'interprétation des résultats. Premièrement, la petitesse de l'échantillon pose une limite à la généralisation des résultats. Deuxièmement, l'effet de la bibliothérapie dans cette étude était relativement modeste comme en témoigne un score moyen après le traitement correspondant à une dépression légère à modérée. On peut soupçonner qu'une plus grande variance entre les symptômes dépressifs avant et après le traitement permette d'observer davantage de corrélations significatives. Comme plusieurs de nos sujets étaient aux prises avec des incapacités et des problèmes de santé qui ont pu nuire à leur participation active à la bibliothérapie, cette clientèle bénéficierait sans doute davantage de soutien thérapeutique combiné à la bibliothérapie (Landreville & Bissonnette, 1996). Troisièmement, nous n'avons pas examiné la compréhension et l'assimilation du matériel contenu dans le livre, bien que ces variables puissent jouer un rôle décisif dans l'amélioration thérapeutique. Malgré ces lacunes, nos résultats démontrent l'importance de diverses caractéristiques du client, notamment la personnalité, le soutien social et la santé, dans la prédiction de la réponse à la bibliothérapie cognitive.

## Cognitive bibliotherapy for geriatric depression:

### Predictors of improvement

Depression is among the most widespread mental health problems facing the elderly (National Advisory Council on Aging, 1989, 1990; Ruegg et al., 1988).

Approximately 9 to 30% of those aged 65 or older present depressive symptoms, and between 1 and 8% of them suffer from dysthymic disorder or major depression (Blazer, 1993). Furthermore, those suffering from a chronic physical ailment or from a physical disability are more likely to present symptoms of depression than are those in relatively good health (Turner & Noh, 1988). Since nearly half of the persons with a disability are aged 65 or over (Wedgewood, 1985), and 52% of adults over 75 years old present limitations in accomplishing activities of daily living (Federal Council on the Aging, 1981), the need for effective treatments adapted to this population becomes obvious. Moreover, mental health problems are widely spread among the elderly who are confined to the home (Bruce & McNamara, 1992) or who are unable to travel to receive health services (Grauer, Kravitz, Davis & Rodrigue, 1991). Thus, adapting treatments for depression to the needs of older adults with a disability implies making them more accessible.

Effective antidepressant medication is often of limited use with the elderly because of possible undesirable drug interactions (Gallagher & Thompson, 1983; Ruegg et al., 1988) or because some clients refuse to take antidepressants (Mintz et al.,

1981; Scogin & McElreath, 1994; Thompson & Gallagher, 1985). On the other hand, psychotherapy is hardly accessible to the elderly faced with reduced mobility. In fact, the traditional format of psychotherapy requires travel by the client, which often becomes difficult for people with mobility problems, either because adapted transportation is unavailable or because frequent outings are too demanding physically. However, psychological treatment presented as bibliotherapy, i.e., the use of written material to treat psychological problems (Craighead et al., 1984), is accessible to older adults with a disability and does not entail the risks inherent to pharmacological treatments. An important advantage of bibliotherapy lies in the fact that each person can progress at his own rhythm and according to his own level of understanding (Scogin et al., 1987), while revising the material at his own convenience (Christensen et al., 1978; Craighead et al., 1984; Ellis, 1993). Furthermore, bibliotherapy is economical because it requires only minimal therapeutic contact, i.e., one initial meeting with the mental health professional who supervises the treatment and telephone follow-up thereafter.

Cognitive therapy (Beck et al., 1979) and behavior therapy (Brown & Lewinsohn, 1984) lend themselves easily to a bibliotherapy format. They are structured, present clear objectives, and pay particular attention to the acquisition of abilities that help the individual manage problem situations that often result in depression. Cognitive therapy concentrates on the interpretation that an individual makes of depressing events rather than on the events themselves. The client learns to

recognize the excessively negative interpretations that he makes of these events. He also learns to assess the truthfulness of his interpretations. The goal of the intervention is to bring the client to evaluate situations more objectively. Behavior therapy aims to modify the quality and quantity of interactions between the depressed person and his environment, by increasing the frequency of pleasant events and decreasing the frequency of unpleasant events. Studies that have examined the effectiveness of cognitive bibliotherapy (Burns, 1980) and behavioral bibliotherapy (Lewinsohn, Muñoz, Youngren & Zeiss, 1978) with depressed older adults report significant improvement in depressive symptoms in 66% of subjects (Scogin et al., 1987; Scogin et al., 1989) with therapeutic improvement maintained up to two years following the intervention (Scogin, Jamison et al., 1990). These results reflect effectiveness rates reported by Gould and Clum (1993) in a meta-analysis of 40 studies dealing with self-administered treatments for different problems such as insomnia, weight reduction, alcohol abuse and depression. In another meta-analysis of self-administered treatments, Scogin, Bynum, et al. (1990) reported that, generally, this type of treatment is effective, at least for well-defined problems such as depression.

Although bibliotherapy presents advantages in the treatment of depression for older disabled adults, it is important to note that little is known about client characteristics related to improvement using self-administered treatments (Scogin, Bynum et al., 1990; Teri et al., 1994). This information is very important to predict therapeutic improvement (Christensen et al., 1978; Craighead et al., 1984). In fact,

this information allows the clinician to decide if the treatment is suitable for the client, which in return, allows avoiding recommendation of an ineffective or even harmful treatment (Niederehe, 1994).

Holland (1985a) proposed a model that can be used to study the interaction between individuals and therapeutic environments and thus, can be useful in predicting response to bibliotherapy. According to Holland (1985b), individuals who display different personality types function differently depending on the environments in which they find themselves, be it in a work, treatment, educational, or other setting. The degree of congruence between an individual and an environment is assessed by Holland's RIASEC model, presented in Figure 1. This model is composed of six distinct dimensions each grouping psychological characteristics often used to describe individuals and environments. The closer two personality types are to one another on the hexagon, the more they possess similar psychological characteristics. Conversely, the further apart they are, the more their characteristics are different. The Realistic type (R) shows a marked preference for manual activities that lead, for example, to the acquisition of mechanical or technical skills and to a deficit in social interests or competencies. The Investigative type (I) prefers intellectual and scientific activities to the detriment of leadership abilities. The Artistic type (A) prefers artistic activities where he can let his imagination run free while avoiding systematic or ordered activities such as office work or business transactions. The Social type (S) prefers activities related to human relations by which he can inform, help or enlighten others,



so that he is uninterested by activities that require manual or technical skills. The Enterprising type (E) prefers activities that require leadership, interpersonal or persuasive competencies and do not favor scientific abilities. Finally, the Conventional type (C) prefers activities that require the explicit, ordered and systematic manipulation of objects such as bookkeeping or filing and shows aversion toward exploratory or artistic activities.

Holland's model (1985a) proposes that an individual's behavior is greatly influenced by the match between the RIASEC profiles of both the environment and the individual. In other words, the shorter the distance between personality type and type of environment, the higher will be congruence (Costa et al., 1984). For example, a person displaying a strong R tendency and an environment that is predominantly R will be perfectly congruent, while an R individual who finds himself in a strong S setting will be in the most incongruent situation. Bruch (1978) has suggested that individuals who have personalities oriented toward R, C, or I should respond favorably to self-administered treatment. Individuals who tend strongly toward these types display the following characteristics: asocial, unsightful, independent, rational, reserved, intellectual, conforming, inhibited, etc. Interventions made up of simple instructions, examples and exercises are preferable for individuals displaying strong R, C or I tendencies because they prefer structured activities that call for taking action rather than activities that call for symbolism or introspection.

Mahalik and Kivlighan (1988) have reported that the R personality type of

Holland's typology is associated with improvement following cognitive-behavioral bibliotherapy. However, these results were obtained from university students who, although displaying symptoms of depression, were not consulting for depression per se. Consequently, it is not possible to determine if Mahalik and Kivlighan's results apply to older adults who seek treatment for depression.

The main goal of the present study was to identify personality types of Holland's RIASEC model (1985a; 1985b) associated with improvement in older adults treated for depression using cognitive bibliotherapy. Response to treatment was assessed through reduction in depressive symptoms. It was predicted that the more R, C or I personality types are prominent, the greater will be symptom reduction. Conversely, it was hypothesized that more marked personality types A, S and E are associated with less reduction in depressive symptoms. Furthermore, certain variables associated with therapeutic improvement in previous studies were included to explore their relationship to response to bibliotherapy. These were: education (Scogin et al., 1989), social support (Hoberman et al., 1988; Steinmetz et al., 1983), expectations of improvement (Sotsky et al., 1991; Steinmetz et al., 1983; Thompson & Gallagher, 1984), level of depression prior to treatment (Steinmetz et al., 1983), the endogenous nature of the depressive symptoms (Gallagher & Thompson, 1983; Sotsky et al., 1991; Thompson & Gallagher, 1984) and diagnosis of major depression (Leung & Orrell, 1993). Finally, another variable, self-reported health status, was included on an exploratory basis given the apparent relevance of bibliotherapy for persons with

physical illness and functional limitations.

## Method

### Participants

This study was carried out as part of a study on the effects of bibliotherapy in disabled older adults (Landreville & Bissonnette, 1996). Participants had to be 55 years of age or older, reside at home and have a physical disability that imposed limits on either mobility, activities of daily living or instrumental activities of daily living. To participate, they had to score 11 or above on the Geriatric Depression Scale (GDS; Yesavage et al., 1983) and be able to read a written text without major difficulty. Subjects also had to meet the following criteria: (a) not participate in psychotherapy during treatment, (b) not take antidepressants or the dosage had been stable for at least three months, (c) not display signs of alcoholism or drug abuse, (d) not present immediate suicide risk, (e) not display the presence of bipolar disorder or psychosis (e.g. hallucinations, paranoid ideations) and (f) not present signs of cognitive impairment, as shown by a result of 24 or above on the Mini Mental State Examination (MMSE; Folstein et al., 1975).

Participants were recruited through advertisement in community service centers and newspapers as well as letters sent to general practitioners, psychologists, presbyteries and volunteer centers. Treatment was offered from November 1993 to January 1995, thus over 14 months. During this time, 207 persons contacted the first author to receive more information about the program. Among these, 44 people met the

research criteria. Eighty-three people were excluded because they did not meet the research criteria and 80 others called to obtain information on behalf of another person or refused to participate ( $n = 34$ ). During treatment, four individuals dropped out, either for medical reasons or because of relocation. Thus, the final sample was composed of 40 subjects.

Subjects' ages ranged from 57 to 89 years ( $M = 70.93$ ,  $SD = 7.48$ ). They had completed between 2 and 19 years of education ( $M = 8.85$ ,  $SD = 3.98$ ) and 97.5% ( $n = 39$ ) of them were retired. Of the participants who completed treatment, 80% were women ( $n = 32$ ), 40% ( $n = 16$ ) were married, 37.5% ( $n = 15$ ) were widowed, 17.5% ( $n = 7$ ) were separated or divorced and 5% ( $n = 2$ ) were single. Family income for those willing to report this information ( $N = 39$ ) was less than 10,000\$ for 17.5% ( $n = 7$ ) of them, from 10,000\$ to 19,999\$ for 42.5% ( $n = 17$ ) of them and of 20,000\$ or more for 40% ( $n = 15$ ) of them.

### Measures

Demographics. A demographic questionnaire measured age, sex, marital status, annual family income, education level and retirement status.

Personality. The Self-Directed Search (SDS; Holland, 1991) is a self-administered questionnaire used to measure personality according to Holland's typology. The questionnaire is made up of six scales (R, I, A, S, E, C), each made up of 36 questions, that measure favorite activities, skills, abilities and favorite professions. Twelve additional questions assess aptitudes and abilities (two questions for each of the

six scales). Scores vary from 2 to 50 on each scale and a higher result suggests a stronger tendency toward a particular personality type. Cronbach alphas in our sample varied from .82 to .91 for each scale.

Depressive symptoms. The GDS is a questionnaire composed of 30 items. Subjects must answer each item by yes or no, according to their mood during the previous week. Scores vary from 0 to 30, with a score of 11 or more suggesting a depressive mood and higher scores suggesting more severe symptoms. The Kuder-Richardson formula 20 coefficients for our sample were .73 before treatment and .83 at the end of treatment.

The Inventory to Diagnose Depression (IDD; Zimmerman et al., 1986; Zimmerman & Coryell, 1987) was used to diagnose major depression according to the criteria set forth in DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) which were in effect at the beginning of this study. The IDD was also used to determine if symptoms are of an endogenous nature according to Research Diagnostic Criteria (RDC; Spitzer, Endicott & Robins, 1978). The questionnaire is composed of 22 multiple-choice items, each regarding a symptom of depression. Five answers are possible for each item and their corresponding scores vary from 0 (symptom absent) to 4 (maximum severity). The subject must choose the answer that best describes his mood during the previous week. Additional questions allow to determine if each symptom has been present for more or less than two weeks. Cronbach alphas for our sample were .84 at pretest and .82 at posttest.

Expectations of change. To measure expectations of change during treatment, subjects indicated the degree to which they thought the treatment would help them overcome their depression. This question was answered on a 5-point Likert scale varying from 0 (not at all) to 4 (entirely).

Social support. Social support from family was measured by two questions. First, subjects indicated the degree to which they could count on members of their family to provide help during difficult times. Second, subjects indicated the degree to which they could count on family members to listen and encourage them during difficult times. Each question was answered on a 5-point Likert scale varying from 0 (not at all) to 4 (entirely). Internal consistency was high as revealed by a Cronbach alpha of .80. Social support from friends was measured by the two same questions except they applied to friends and not family members. Cronbach alpha was .87.

Self-rated health status. The following question assessed subjects' perceptions of their health status; "Generally, how do you rate your health?". Subjects answered on a 4-point Likert scale ranging from 1 (excellent) to 4 (poor).

Other measures. The MMSE (Folstein et al., 1975) was administered to certify that subjects did not suffer from cognitive impairment. Moreover, at the end of treatment, subjects were asked how many chapters of the book they had completed.

### Procedure

Treatment was offered free of charge in exchange for participation in the study. Potential participants were first screened by telephone to verify that they met research

criteria. Then, eligible subjects were interviewed more thoroughly at home. During this interview, they read a consent form aloud to assess reading ability. They then signed the consent form and answered the MMSE, the demographic questionnaire, the SDS, the GDS, the IDD, and also the questions about expectations, social support and self-rated health status. At the end of this interview, subjects received a copy of "Feeling Good" (Burns, 1992). This book is a presentation of cognitive therapy of depression (Beck et al., 1979) and includes exercises to learn the basic principles of this type of therapy. The book also includes a behavioral component through which clients learn to reduce the frequency of unpleasant events and increase the frequency of pleasant events in their daily lives. Once the book was given to subjects, they were asked to read it entirely within one month. During the treatment period, contact with subjects was maintained through weekly telephone calls. These calls served to informally assess their progress and to answer their questions about the written material. The calls lasted no more than 15 minutes during which counseling was avoided. Subjects were assessed immediately at the end of treatment. At this time they answered the GDS and the IDD, and were asked how many chapters of the book they had completed.

## Results

### Descriptive statistics

Descriptive statistics for the study variables are presented in Table 1. Figure 2 shows the distribution of subjects according to their highest score on the SDS which reflects their predominant personality type. As can be seen from this figure, some

personality types are underrepresented (I, R, C, E) while the Social type dominates the sample.

### Treatment effects

Treatment effects were established by a repeated-measures t-test on the GDS scores. Mean GDS scores were of 18.98 ( $SD = 4.54$ ) and 16.50 ( $SD = 5.70$ ) before and after treatment respectively. The difference between these scores was significant ( $t(39) = 3.05, p < .01$ ), reflecting improvement in depressive symptoms during treatment.

### Continuous variables

The correlation between depressive symptoms measured before and after treatment was significant,  $r = .52, p < .001$ . Thus, higher levels of depression before treatment were associated with higher levels of depression after treatment. Because of this significant correlation, partial correlations controlling for initial levels of depression were performed to determine if the continuous variables were independently related to symptom improvement during treatment. Results from these analyses are presented in Table 2. After having controlled for initial depression levels, symptom improvement was associated with a less marked Enterprising personality type, to less social support from the family, and to better physical health. No other significant correlations were obtained between the continuous variables and symptoms of depression at the end of treatment.

### Nominal variables



A repeated-measures analysis of variance (ANOVA) was performed to determine if presenting endogenous symptoms before treatment is associated with treatment outcome. Seven subjects (17.5% of the sample) presented endogenous depression at the beginning of treatment. Results showed no interaction effect between endogeneity and time (pre-post),  $F(1, 38) = 1.36, p = .25$ . A similar analysis was conducted to determine if diagnosis of a major depressive episode is related to change in symptoms of depression during treatment. Twenty-two subjects (55% of the sample) met the criteria for major depression at the beginning of treatment. Results of this ANOVA revealed no interaction effect between diagnosis and time,  $F(1, 38) = .92, p = .34$ .

### Discussion

Like other researchers (Hoberman et al., 1988), we found that lower levels of depressive symptoms before treatment predict lower levels of depression at the end of treatment. Individuals who are less depressed probably find it easier to read and to concentrate, which allows them to benefit from the advantages of bibliotherapy to a greater extent. People who are more depressed however, would require more support and encouragement, and more sustained follow-up of their progress to benefit from psychotherapy, whether presented in a traditional or self-administered format.

The first hypothesis about the RIASEC model personality types is not confirmed. We predicted that persons showing a stronger tendency toward types R, C or I would show more improvement than the other types following treatment. The

positive correlation obtained between the Enterprising type and posttreatment depression levels shows that type E is significantly related to depression scores at the end of treatment. Thus, this result lends partial support to the second hypothesis. Individuals of the Enterprising type are described as aggressive, authoritarian, having leadership abilities and preferring activities that require the manipulation of others to attain organizational goals or economic gain. These characteristics are contrary to the cognitive approach which favors change within the individual rather than within the environment. It is thus not surprising that a score reflecting a strong tendency for type E is associated with less reduction in symptoms of depression. This result concurs with those of Mahalik and Kivlighan (1988) who found that individuals with a strong tendency toward type E were less likely to do the exercises required by self-administered treatment.

The lack of a significant relationship between the other variables of Holland's model, particularly types R, C, I and treatment outcome does not concur with Bruch's (1978) predictions and previous findings (Mahalik & Kivlighan, 1988). The utility of Holland's RIASEC model (1985a, 1985b) in predicting improvement with bibliotherapy in older adults is thus questionable. On the other hand, the SDS in its present form, may be less sensitive to personality types in older adults than it is for younger persons. Because the SDS focuses on activities and preferences related to work environments, retired older persons may find these questions somewhat remote from their current interests. Moreover, since most of the participants were older women, it is

likely that many of them were never employed outside the home and know little about the requirements or characteristics of certain of the activities included in the SDS.

Finally, since the participants in this study had certain physical limitations, they may have answered the SDS as a function of what they were still able to do rather than as a function of the activities they prefer. Future research in this area should determine the best way to assess personality types of the RIASEC model in older adults and replicate this study.

It must also be acknowledged that Bruch's (1978) predictions pertain to global personality orientation rather than individual dimensions of the RIASEC model. In other words, dominant personality types may be better predictors of improvement in self-help treatment than individual personality dimensions. This perspective calls for a comparison between groups of individuals with specific dominant personality orientations. In terms of Bruch's predictions, this would involve comparing individuals with dominant R, I, or C types with those presenting dominant S, E, or A orientations. Unfortunately, such a comparison is difficult with our sample because the first group is made up of only six subjects. However, future studies could investigate this issue by ensuring adequate representation of each RIASEC personality type.

Subjects who received less social support from their family before treatment reported lower levels of depressive symptoms at the end of treatment. This result differs from that reported by Steinmetz et al. (1983) who found that greater improvement was associated with the perception of more social support. As other

authors have noted (Hansson & Carpenter, 1994; Hoberman et al., 1988), social support can act as a double-edged sword if it requires too much from an individual. Social support can then become a stressor and contribute to the maintenance of depression. Our results may also reflect the fact that individuals who receive less social support from their families are more attracted to solitary activities such as reading and thus benefit more from bibliotherapy.

People who perceive their health as better prior to treatment, present fewer symptoms of depression following treatment. Conversely, those who perceive their health as poorer report higher levels of depressive symptoms at the end of treatment. This result possibly reflects excessive preoccupation with their health by individuals who perceive themselves as suffering from poor health. This would leave them lacking enough energy to learn how to manage their depressive symptoms. Individuals who perceive their health as good are less preoccupied by their health status and thus, better disposed to complete the readings and exercises required by bibliotherapy.

Results show that subjects suffering from endogenous depression improve as much as those not suffering from these symptoms. However, because of the small number of subjects meeting the criteria for endogenous depression, it is necessary to interpret this result cautiously. Despite this fact, this result is hopeful when we consider that endogenous symptoms are often thought of as difficult to treat through traditional psychotherapy. A common belief is that this type of depression is of biological rather than psychological origin (Kaplan & Sadock, 1991, p.374). A similar result applies to

individuals who meet DSM-III-R criteria for major depressive disorder and for whom the treatment of choice is often antidepressant medication combined with psychotherapy. Nonetheless, in the cases where pharmacotherapy is ill-advised, or when the client does not wish to take medication, bibliotherapy could still have beneficial effects. The same applies to people suffering from less severe depression.

Expectations of change as determined before treatment, are not related to treatment outcome. So, even if an individual expects only little change in his depressive symptoms, he still benefits from bibliotherapy. Conversely, individuals who expect a great reduction in their depressive symptoms do not necessarily improve more than those who expect only little change. It is possible that those who anticipate much improvement have developed unrealistic expectations and expect a miracle recipe that will solve all their problems. Lack of a significant relationship between improvement and client expectations can be an indication of the complexity of the concept of improvement expectations itself. After reviewing the literature on this question, Garfield (1986) has pointed out that a measure of expectations that is too rudimentary can be ineffective and may not consider all relevant types of expectations and their possible interactions. For example, in our measure of expectations we only looked at the degree to which subjects believed the treatment would help them overcome their depression. We did not assess the degree to which clients believed themselves capable of doing the recommended readings and exercises. Moreover, it is possible that improvement is determined by a combination of high client expectations toward

treatment and their belief in their own ability to use the treatment, rather than by one or the other of these expectations taken separately.

According to our results, the number of chapters completed at the end of treatment does not predict change in the level of depressive symptoms. A possible interpretation of these results is that the important factor is not to read the entire book but to effectively assimilate what has been read. A thorough understanding of content is thus more important than a quick reading without adequate assimilation. It would have been interesting to verify if subjects applied their new knowledge and completed the exercises from the book. Future researchers should measure level of understanding and assimilation of the material throughout the course of treatment and once it has ended.

Another nonsignificant yet noteworthy result is the lack of a relationship between education level and improvement at the end of treatment. No matter how many years of schooling subjects had completed, they improved about equally. We could have expected that people having completed more education would better understand the written material and would be better able to integrate the exercises into their daily lives. Yet, it is important to note that it is not because older adults have not completed many years of formal education that they are not able to assimilate the readings and complete the exercises required by bibliotherapy. In fact, several older adults have continued to educate themselves throughout their lives and are considered self-learned.

The limits of the present study call for caution in interpreting the results obtained. First, the small sample size limits generalization of the results. Future studies

should use larger samples in attempting to replicate our results. Second, the treatment effects of bibliotherapy in this study were quite modest, as shown by mean scores after treatment reflecting mild to moderate depression. We suspect that larger variance between depressive symptoms before and after treatment would allow observation of a greater number of significant correlations. Since many of our subjects were dealing with disabilities and health problems that may have prevented active participation in bibliotherapy, this clientele may benefit from more intensive therapeutic support combined to bibliotherapy (Landreville & Bissonnette, 1996). Third, we did not examine understanding and assimilation of the book's content although these variables may play a decisive role in therapeutic improvement. Future studies should definitely include these variables. Despite these limitations, our results show the value of various client characteristics, notably pretreatment depression level, personality type, social support and health status, in predicting outcome from cognitive bibliotherapy.

## References

- American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed. rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press.
- Blazer, D. G. (1993). Depression in late life (2nd ed.). St-Louis, MO: Mosby.
- Bourque, P., & Blanchard, L., & Vézina, J., (1990). Étude psychométrique de l'Échelle de dépression gériatrique. Revue canadienne du vieillissement, 9(4), 348-355.
- Brown, R. A., & Lewinsohn, P. M. (1984). A psychoeducational approach to the treatment of depression: Comparison of group, individual, and minimal contact procedures. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52(5), 774-783.
- Bruce, M. L., & McNamara, R. (1992). Psychiatric status among the homebound elderly: An epidemiologic perspective. Journal of the American Geriatrics Society, 40, 561-566.
- Bruch, M. A. (1978). Holland's typology applied to client-counselor interaction: Implications for counseling with men. The Counseling Psychologist, 7(4), 26-32.
- Burns, D. D. (1980). Feeling good. New York: Guilford Press.
- Burns, D. D. (1992). Être bien dans sa peau, (3rd ed.). Saint-Lambert, Canada: Éditions Héritages.



- Christensen, A., Miller, W. R., & Muñoz, R. F. (1978). Paraprofessionals, partners, peers, paraphernalia, and print: Expanding mental health service delivery. Professional Psychology, 9, 249-270.
- Costa, P. T. Jr., McCrae, R. R., & Holland, J. L. (1984). Personality and vocational interests in an adult sample. Journal of Applied Psychology, 69(3), 390-400.
- Craighead, L., McNamara, K., & Horan, J. (1984). Perspectives on self-help: You are what you read. In S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.) Handbook of counseling psychology, (pp. 878-929). New York: Wiley.
- Ellis, A. (1993). The advantages and disadvantages of self-help therapy materials. Professional Psychology: Research and Practice, 24(3), 335-339.
- Federal Council on the Aging (1981). The need for long term care: A chartbook of the Federal Council on Aging. U.S. Department of Health and Human Services publication No. (OHDS) 81-20704, 29, Government Printing Office.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatric Research, 12, 189-198.
- Gallagher, D. E., & Thompson, L. W. (1983). Effectiveness of psychotherapy for both endogenous and nonendogenous depression in older adult outpatients. Journal of Gerontology, 38(6), 707-712.

- Garfield, S. L. (1986). Research on client variables in psychotherapy. In S. L. Garfield, & A. E. Bergin (Eds.) Handbook of psychotherapy and behavior change, (pp. 213-256). New York: Wiley.
- Gould, R. A., & Clum, G. A. (1993). A meta-analysis of self-help approaches. Clinical Psychology Review, 13, 169-186.
- Grauer, H., Kravitz, H., Davis, E., & Rodrigue, C. (1991). Homebound aged: The dilemma of psychiatric intervention. Canadian Journal of Psychiatry, 36, 497-501.
- Hansson, R. O., & Carpenter, B. N. (1994). Relationships in old age: Coping with the challenge of transition. New York: Guilford Press.
- Hoberman, H. M., Lewinsohn, P. M., & Tilson, M. (1988). Group treatment of depression: Individual predictors of outcome. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56(3), 393-398.
- Holland, J. L. (1985a). Making vocational choices: A theory of careers (2nd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Holland, J. L. (1985b). The Self-Directed Search professional manual: Canadian edition (3rd ed.). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Holland, J. L. (1991). L'Orientation professionnelle par soi-même: Livret de passation de test (éd. canadienne-française). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (Eds.). (1991). Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences, clinical psychiatry (6th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Landreville, P. & Bissonnette, L. (1996). Effects of cognitive bibliotherapy for depressed older adults with a disability. Manuscript submitted for publication.
- Lewinsohn, P. M., Muñoz, R. F., Youngren, M. A., & Zeiss, A. M. (1978). Control your depression. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Leung, S. N. M., & Orrell, M. W. (1993). A brief cognitive behavioural therapy group for the elderly: Who benefits? International Journal of Geriatric Psychiatry, 8, 593-598.
- Mahalik, J. R., & Kivlighan, D. M., Jr. (1988). Self-help treatment for depression: Who succeeds? Journal of Counseling Psychology, 35(3), 237-242.
- Mintz, J., Steuer, J., & Jarvik, L. (1981). Psychotherapy with depressed elderly patients: Research considerations. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49(4), 542-548.
- National Advisory Council on Aging. (1989). Understanding seniors' independence. Report no.1: The barriers and suggestions for action. Catalog no. H71-3/11-1-1989E. Ottawa: Ministry of Supply and Services Canada.
- National Advisory Council on Aging. (1990). Understanding seniors' independence. Report no.2: Coping strategies. Catalog no. H71-3/13-1990E. Ottawa: Ministry of Supply and Services Canada.

- Niederehe, G. T. (1994). Psychosocial therapies with depressed older adults. In L. S. Schneider, C. F. Reynolds III, B. D. Lebowitz & A. J. Friedhoff (Eds.) Diagnosis and treatment of depression in late life: Results of the NIH Consensus development conference, (pp. 293-315). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Ruegg, R. G., Zisook, S., & Swerdlow, N. R. (1988). Depression in the aged: An overview. Psychiatric Clinics of North America, 11(1), 83-99.
- Scogin, F., Bynum, J., Stephens, G., & Calhoon, S. (1990). Efficacy of self-administered treatment programs: Meta-analytic review. Professional Psychology: Research and Practice, 21(1), 42-47.
- Scogin, F., Hamblin, D., & Beutler, L. (1987). Bibliotherapy for depressed older adults: A self-help alternative. The Gerontologist, 27(3), 383-387.
- Scogin, F., Jamison, C., & Davis, N. (1990). Two-year follow-up of bibliotherapy for depression in older adults. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58(5), 665-667.
- Scogin, F., Jamison, C., & Gochneaur, K. (1989). Comparative efficacy of cognitive and behavioral bibliotherapy for mildly and moderately depressed older adults. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57(3), 403-407.
- Scogin, F., & McElreath, L. (1994). Efficacy of psychosocial treatments for geriatric depression: A quantitative review. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61(1), 69-74.

- Sotsky, S. M., Glass, D. R., Shea, M. T., Pilkonis, P. A., Collins, J. F., Elkin, I., Watkins, J. T., Imber, S. D., Leber, W. R., Moyer, J., & Oliveri, M. E. (1991). Patient predictors of response to psychotherapy and pharmacotherapy: Findings in the NIMH treatment of depression collaborative research program. American Journal of Psychiatry, 148(8), 997-1008.
- Spitzer, R. L., Endicott, J., & Robins, E. (1978). Research Diagnostic Criteria: Rationale and reliability. Archives of General Psychiatry, 35, 773-782.
- Steinmetz, J. L., Lewinsohn, P. M., & Antonuccio, D. O. (1983). Prediction of individual outcome in a group intervention for depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51(3), 331-337.
- Teri, L., Curtis, J., Gallagher-Thompson, D., & Thompson, L. W. (1994). Cognitive-behavior therapy with depressed older adults. In L. S. Schneider, C. F. Reynolds III, B. D. Lebowitz & A. J. Friedhoff (Eds.) Diagnosis and treatment of depression in late life: Results of the NIH Consensus development conference, (pp. 279-291). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Thompson, L. W., & Gallagher, D. (1984). Efficacy of psychotherapy in the treatment of late-life depression. Advances in Behaviour Research and Therapy, 6, 127-139.
- Thompson, L. W., & Gallagher, D. (1985). Depression and its treatment in the elderly. Aging, 348, 13-18.

- Turner, R. J., & Noh, S. (1988). Physical disability and depression: A longitudinal analysis. Journal of Health & Social Behavior, 29, 23-37.
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: Implications pour la recherche en langue française. Canadian Psychology, 30,(4) 662-680.
- Wedgewood, J. (1985). The place of rehabilitation in geriatric medicine: An overview. Internal Rehabilitation Medicine, 7, 107.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. Journal of Psychiatric Research, 17, 37-49.
- Zimmerman, M., & Coryell, W. (1987). The Inventory to Diagnose Depression (IDD): A self-report scale to diagnose major depressive disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55(1), 55-59.
- Zimmerman, M., Coryell, W., Corenthal, C., & Wilson, S. (1986). A self-report scale to diagnose major depressive disorder. Archives of General Psychiatry, 43, 1076-1081.

Table 1

Means, standard deviations and range of the study variables

	<u>M</u>	<u>SD</u>	Minimum	Maximum
Realistic	13.13	7.22	3	33
Investigative	13.25	7.46	4	36
Artistic	16.15	10.09	3	43
Social	24.85	9.34	13	46
Enterprising	15.23	10.11	3	44
Conventional	14.40	8.78	5	44
Pretreatment GDS	18.98	4.54	9	29
Posttreatment GDS	16.50	5.70	2	27
Expectations	2.90	0.93	1	4
Family support	4.93	2.59	0	8
Support from friends	4.13	2.70	0	8
Self-rated health	2.93	0.83	1	4
MMSE	27.35	1.92	22	30
Chapters read	7.73	5.07	0	15
Years of education	8.85	3.98	2	19

Table 2

Partial correlations on posttreatment GDS scores

Predictor variables	Posttreatment GDS score	
	$r$	$p$
Realistic	-.26	.12
Investigative	.30	.07
Artistic	.11	.52
Social	.20	.23
Enterprising	.41	.01**
Conventional	.27	.10
Years of education	.24	.13
Expectations toward treatment	-.20	.22
Family support	.32	.05*
Support from friends	.21	.20
Number of chapters read	-.20	.22
Age	-.10	.55
Self-rated health	.36	.02*

\* $p \leq .05$ .      \*\* $p \leq .01$



### Figure Captions

Figure 1. Holland's (1985a) RIASEC model.

Figure 2. Distribution of subjects according to their high score on the SDS.



